

特定医療費（指定難病）医療受給者証再交付申請書

受給者番号							
受給者	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日		
	住所	〒					

該当するものにチェックしてください。

再交付の理由	<input type="checkbox"/>	紛失
	<input type="checkbox"/>	汚れ
	<input type="checkbox"/>	破れ
	<input type="checkbox"/>	その他（ ）

私は、上記のとおり特定医療費（指定難病）医療受給者証の再交付を申請します。

受付印

申請者氏名

受給者との続柄

連絡先の電話番号

※受給者本人の場合は「本人」と記入してください。

令和 年 月 日

長崎県知事 様

※ 申請者氏名は必ず記入（印刷やゴム印、スタンプによるもののほか、自筆も含みます）してください。押印や本人による署名の必要はありません。

自己負担上限額管理票	<input type="checkbox"/>	一緒に自己負担上限額管理票の発行が必要な場合はチェックしてください。
------------	--------------------------	------------------------------------

※ 自己負担上限額管理票のみ必要な場合は、申請窓口へ電話でご連絡ください。この申請書による申請は不要です。